BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL.
B 38
7

N.º 2761

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SOBRE LOS LIPOMAS RETROPERITONEALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MIGUEL C. CODA
Ex-interno de Hospitales

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

BUENOS AIRES
LA «SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junin — 863
1914

SOBRE LOS LIPOMAS RETROPERITONEALES

Año 1914 N.º 2761

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SOBRE LOS LIPOMAS RETROPERITONEALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MIGUEL C. CODA
Ex-interno de Hospitales

CONSEJO NAC. BIBLIOTECA

BUENOS AIRES
LA «SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junín — 863
1914

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» J. T. BACA
» J. Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTÓN
» J. M. RAMOS MEJÍA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva	» PEDRO BELOU
Zoología médica	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» NICOLÁS V GRECO
» Génito-urinaria	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Quirúrgica	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
» Médica	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
» Pediátrica	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Ginecológica	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L BOTTARO
» Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal	» JOAQUIN V. GNECCO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	» PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	DR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año	» LEON PEREYRA
3er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR BERNARDO A. HOUSSAY

A MIS PADRES

Á QUIENES TODO LO DEBO

A MIS HERMANOS

CON AFECTO

A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL «ALVEAR»

CARIÑOSAMENTE

Señores Consejeros:

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Soy uno de los tantos que al llegar á la meta de sus estudios en la casa universitaria, tiene el deber de entregar á vosotros este modesto trabajo, que encarna en sí el verde fruto que supe cultivar en el campo de la medicina, cuyo surco me trazasteis con el arado de la ciencia; que supe darle riego con el sudor de mi frente y abonarlo con lo que pude asimilar de vuestras sabias lecciones.

La cosecha me promete, Hacendados de la ciencia: el labriego os agradece vuestra labor fecunda.

El hospital, que fué el taller donde formé mi educación científica, siempre amparado por los provechosos consejos de mis jefes de Sala, ha sido también el lugar donde modelé mi espíritu al calor de esos queridos compañeros cuyos recuerdos mitigarán talvez las amarguras en los días

nocturnos de la lucha por la vida y de las vidas en esta noble profesión que con tanto ardor hoy emprendo.

¿Y cómo no quedar reconocido de los que fueron mis jefes y amigos infatigables, tales como los Dres.: Mariano Castex, Ricardo S. Gómez, José S. Picado, Bernardo A Houssay, Roberto Solé, Angel F. San Martin, Guillermo Valdés del Hospital Torcuato de Alvear y los Dres.: Alejandro Squassini, del Hospital de San Carlos; Isidoro Gil, del de Villa Devoto, á quienes tanto debo y cuyo homenaje hoy les tributo?

Al despedirme de vosotros señores, mi agradecimiento se hace extensivo á todos los profesores de la Casa Médica y con cariñosa expresión al Dr. Houssay, hoy padrino de mi tesis.

Queridos compañeros:

El pesar más hondo que llevo es el dejaros, pero el recuerdo de tres años de internado pasados con Vds., nube rosada que supo cubrirme en los más claros y felices días de mi existencia, está como grabado con caracteres de fuego en este corazón que os ofrezco y que tanto entristecerá cuando en el futuro vea como lejana ilusión lo que fué realidad en el pasado.

CAPÍTULO I

HISTORIA

Las primeras observaciones conocidas han sido hallazgos de necropsias ó de laparotomías realizadas con diagnósticos erróneos.

Los primeros autores que hablaron sobre estos tumores lipomatosos, han sido Hebenstreit y Mattias, pero en realidad les corresponde el primer puesto á Morgagni que fué el primero en publicar una observación de Valsalva.

Después de Morgagni, Broca en 1850, comunica á la Sociedad Anatómica de París, un caso de lipoma mesentérico y Moynier comunica á su vez otro caso parecido á la Sociedad de Biología.

Waldeyer en 1868, Cooper Foster en 1866 comunican otros casos.

Haciendo excepción del caso de Spencer Wells, los ya citados no eran diagnosticados sinó por la autopsia.

Sólo después de la entrada triunfal de la laparotomía, en la terapéutica quirúrgica, la historia de los lipomas mesentéricos y retroperitoneales vá de más en más ampliándose.

Desde 1860 cuando se efectuó la primera ovariotomía, con ayudas de la antisepsia, es cuando los casos de lipomas retroperitoneales se hacen más numerosos.

Cauvyd Adge, publica en el «Montpellier Medical» de 1874, un caso de enorme lipoma subperitoneal.

Homans y Wigglesmorth en 1883 y Madelung en 1889, publican bastante detalladamente otros casos.

Pean en 1881, en su publicación «Tumeurs de l'Abdomen», cita dos casos personales.

En el año 1888 Terrillon, á raiz de un caso personal, reune los 14 casos hasta entonces conocidos y publica un trabajo titulado «Les Lipomas du Mesentere».

En el mismo año, poco tiempo después Angagner, publico su tesis «Les lipomas ó tumeurs du mesentere», donde estudia prolijamente estos neoplasmas, refiriéndose especialmente á su patogenia, sintomatología, pronóstico y curación.

En el año 1891 Terrier y Guillemain, en sus «Notes sur les lipomes du mesentere» propone que á todos estos tumores se le denomine «lipomas retroperitoneales», por su localización.

Desde entonces «si bien es cierto que todos los autores no aceptan esta denominación» la expresión de lipomas retroperitoneales comienza á prevalecer.

En 1894 Butner, en Alemania, publica su tesis inaugural sobre lipomas retroperitoneales, recogiéndose 27 casos en el mismo año; Horn, publica su tesis sobre nixomas y lipomas peritoneales.

Adami en 1896, «América del Norte», con 42 observaciones se ocupa de los lipomas retroperitoneales y perineales.

Heinricius, en 1900 y 1904, en la «Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie», habla sobre la recidiva de estos tumores á raiz de dos casos personales.

Proust y Trevés en 1908, en la «Revue de Ginecologie é de Chirurgie», habla sobre la patología de estos tumores con una estadística de 88 casos.

En el año 1910, V. Cocuzza, publica en su «Clínica Chirúrgica», tomo 18, núm. 7, 100 casos; 104 con resumen de su historia.

Luego, todos los años hasta la fecha, siempre se continúan registrando casos de estos tumores, de los cuales aún ahora, muchos médicos ignoran su presencia.

CAPÍTULO II

DIVISIÓN

Sikemier divide estos tumores lipomatosos en { Mesentéricos y Retroperitoneales

Denomínanse mesentéricos, aquellos que tienen su origen entre las hojas del mesenterio y á los que naciendo en el tejido celular de la línea mediana ó sus vecindades, se desarrollan en el mesenterio á medida que aumentan de volumen.

Retroperitoneales aquellos que nacen lateralmente á la columna vertebral, desde la fosa ilíaca, región perirenal y que en su crecimiento dejan intacto al mesenterio.

Según una división muy ilustrativa que trae Cocuzza, los podemos dividir por su localización en:

Lip. retroperitoneales. { Medianos, Laterales, Pélvicos || Siendo los más frecuentes.. { Laterales Dchos. Mediano y Pélvicos

FRECUENCIA

Aunque los lipomas retroperitoneales son raros, pero no excepcionales desde el momento que se han reunido hasta el presente alrededor de 142 casos, podemos decir que en estos últimos años, mejor conocida esta enfermedad, la literatura ha aumentado muy rápidamente.

Podemos también decir que entre los tumores sólidos retroperitoneales, los lipomas son los más frecuentes, esto nos los demuestra la estadística de Begoin en la cual para 19 lipomas se tienen 7 fibromas, 6 sarcomas y 1 teratoma.

SEXO

La afección de que tratamos es mucho más frecuente en el sexo femenino.

Sobre 103 casos de Cocuzza, 73 pertenecen al sexo femenino.

Así se tiene que los $^2/_3$ de estos tumores se encuentran en las mujeres.

El desarrollo de estos tumores coincide con la época de la menopausa; parecería que la falta de la función genital, de la función ovárica, debiera tener su importancia en el desarrollo de estos tumores.

Si se tiene en cuenta que uno de los fenómenos de la castración ovárica, de la menopausa artificial y fisiológica es casualmente la tendencia á la obesidad, creo, dice Cocuzza, que no sería aventurado admitir como causa

predisponente, para el desarrollo de estos lipomas, la pérdida en la mujer de esta importante función.

EDAD

La curva por edad es análoga en ambos sexos, así se han encontrado 6 casos observados en la infancia: «15 días, 1 año, 3 años y 9 meses, 4, 7 y 8 años.

En los adultos tenemos:

	Hombres	Mujeres	Total
De 20 á 30 años . .	1	9	10
» 30 » 40 » . .	8	19	27
» 40 » 50 » . .	5	22	27
» 50 » 60 » . .	4	13	17
» 60 » 70 » . .	4	10	14

CAPÍTULO III

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Solo podemos decir sobre su etiología lo que ya tanto se tiene dicho sobre los tumores en general.

Sin embargo, parece que en algunos casos la aparición del tumor, según lo que refieren los enfermos, sea debido á traumatismos de la pared abdominal.

Puede también pensarse que estas masas retroperitoneales, sean el resultado de procesos de inflamación lento y crónico.

Sobre su patogenia poco se tiene sabido, solo algunas hipótesis que emiten Hartman y Lecene, Huwe: Berard y Cavallion, creyendo que estos tumores se desarrollan á expensas del cuerpo de Wolff, á verdaderos restos embrionarios del cuerpo de Wolff incluídos en su cápsula adiposa.

PESO Y TAMAÑO

Se puede decir sin abuso, que los lipomas retroperitoneales representan los tumores más enormes del organismo; asi tenemos: el caso de Waldeyer, 31.5 kgr.; Terrillon, 25.700; Billroth, 29 kgr.; Pean, 20 kgr.; Madelung, 17.500 kgr.; el caso de Laumers en el cual el tumor extirpado correspondía al $^1/_3$ del peso total del cuerpo. La mayor parte de estos tumores pasan los 5 kilogramos.

En una palabra, más frecuentes son los tumores enormes que los pequeños.

En lo que se refiere al volumen, pronto se dará una idea, si se tiene en cuenta que el tejido adiposo es poco denso y dado el peso del tumor se imaginará el tamaño.

También se puede formar una idea del volumen, estudiando las medidas que varios autores dan sobre la circunferencia del abdomen en el momento de la intervención.

Las medidas que á continuación anoto, corresponden á la altura del ombligo:

Homans (2 casos)....	150	centímetros
Lockwood.....	130	»
Terrillon	126	»
Bilroth.....	126	»
Homans.....	123	»
Pick.....	120	»
Demoulin.....	118	»

Berard y Cavaillon . .	117	centímetros
Pernice.	117	»
Schiller	110	»
Wigglesworth.	108	»

En el niño que cita Newmann (3 años), había una circunferencia de 63 centímetros y en el niño de Daziel «8 años» centímetros.

CAPITULO IV

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA

Hay que observar, que más ó menos en la mitad de los casos que se anotan de lipomas retroperitoneales, se trata de tumores constituídos de tejido adiposo simplemente; en los demás casos se asocia ya sea el sarcoma, ya el mixoma, ó aun sarcoma y mixoma contemporáneamente.

El tejido conjuntivo suele en ciertos casos ser abundante y formar los llamados fibrolipomas.

Estos tumores mixtos se denominan, haciendo anteceder el nombre del tejido que más predomine.

FORMA

La forma más común es la redondeada.

Su superficie es comunmente lisa, pero puede ser lo-

bulada y otras veces existir verdaderos lóbulos, independientes entre sí.

Su consistencia es dura «fibrolipomas»; por lo general es una consistencia blanda, dando aún la sensación de fluctuación.

Estos tumores están recubiertos por una cápsula que se encuentra laxamentes adherida á los tejidos circunvecinos, si se trata de un lipoma puro; pero si se trata de una asociación liposarcomatosa ó lipomixomatosa, las adherencias son muy íntimas y son causa de desgarraduras al desprenderlas en el acto operatorio ó de la necropsia.

Suelen encontrarse, á veces, como en el caso de Sikemeir, desprendido de su cápsula, con el aspecto de una lipomatosis difusa, pero que comunmente tienen un pedículo más ó menos voluminoso.

Suelen formar un tumor único, como tambien 3 ó 4 masas independientes entre sí.

Además de la degeneración sarcomatosa, fibromatosa y mixomatosa, suele observarse la tendencia á la degeneracion calcárea (como en un caso de Pean).

En su interior pueden encontrarse cavidades quísticas llenas de sangre ó materia oleosa; aun como en los casos de Hartmann y Lecene y Huwe, encontrándose con restos embrionarios.

Su histología no tiene nada de característico.

Los lipomas puros están formados por tejido adiposo

abundante con escaso tejido conjuntivo, entre las mallas de este último pasan los vasos que nutren al tumor.

Los fibrolipomas, que tienen una cápsula más espesa y resistente, están formados por una gran cantidad de tejido conjuntivo que predomina y escaso tejido adidoso·

Lo mismo pasa con los mixolipomas, donde predomina el tejido mixomatoso, sin faltar buena cantidad de tejido adiposo.

CAPITULO V

LOCALIZACIÓN

Para mayor comprensibilidad en cuanto á las localizaciones de estos tumores, puede tomarse como guía la clasificación que hace Cocuzza en tres grupos: medianos, laterales y pélvicos.

Esta división no tiene valor clínico cuando se trata de tumores grandes y que llenan el vientre, lo que puede suceder con cualquiera de las tres variedades.

Los lipomas retroperitoneales medianos nacen delante de la columna vertebral, la mayoría crecen luego en las hojas del mesenterio, mesocolon transverso, ascendente ó descendente, ó íleopelviano.

Los lipomas retroperitoneales laterales, que son los más frecuentes, nacen generalmente entre la columna y el espacio renal, desarrollándose luego entre el mesente-

rio los mesos, pudiéndose aún insinuar entre las hojas peritoneales de algunos de ellos.

En su crecimiento rechazan el intestino al lado opuesto, y contraen con éste adherencias laxas; á veces tan fuertes, que al extirparlas se ha desgarrado el intestino y hubo que resecarlo. (Neuman, Alsberg).

Algunos forman una sola masa con el riñón.

Los lipomas pelvianos retroperitoneales, que son los menos frecuentes, crecen en el fondo de saco de Douglas ó en los ligamentos anchos, ó entre la vejiga y el recto.

Suelen salir por el infundíbulo crural, pudiendo adherir á los vasos y aun pueden salir por el agujero obturador (Neupert).

RELACIONES

Las relaciones de estos tumores con los organos abdominales las dividiremos en:

a) *Con la pared abdominal posterior.*—Los lipomas retroperitoneales adhieren á la pared abdominal posterior. Esto se comprueba, si se tiene en cuenta que ellos nacen á expensas del tejido grasoso tan abundante del espacio retroperitoneal, y que para poder desarrollarse necesitan un punto de apoyo sólido.

El exacto lugar que ellos ocupan es variable.

En la mayoría de los casos se sitúan en una ú otra de las fosas lumbares, confundiéndose con la cápsula adi-

posa del riñón, ó se sitúan inmediatamente por debajo del riñón.

b) *Con el peritoneo y sus pliegues.*—El lipoma levanta el peritoneo parietal posterior y lo lleva más ó menos en contacto con el peritoneo anterior.

Comúnmente adhiere al peritoneo bastante laxamente.

Estos tumores luego envían prolongaciones á todos los repliegues del peritoneo posterior: mesocolon, mesenterio, epiplón gastrohepático, ligamento ancho.

El *mesocolon*, ya sea ascendente ó descendente, primero lo desdobla y luego se coloca detrás de él; y á medida que el tumor crece, el colon ascendente ó descendente es empujado hacia la línea mediana, que á veces sobrepasa.

El *mesenterio*, repliegue mucho más extendido, se deja penetrar lo más comúnmente.

c) *Con el intestino delgado.*—Las relaciones con el intestino delgado pueden ser más ó menos íntimas, y aún tanto de tener que resecar ansas intestinales, como pasó á Terrillón, que tuvo que resecar 8 centímetros de intestino por desgarradura total.

d) *Con el riñón, uréter y cápsula suprarrenal.*—Con el riñón tienen relaciones de mucha importancia, y en especial con su cápsula adiposa, con la cual suele confundirse: aun en ciertos casos, el riñón suele perderse en la masa del tumor ó estar tan íntimamente unido que no puede hacer á menos que extirparlo, solo que pase lo que sucedió á Bruntzel, que extirpó el tumor y con él el riñón, sin darse cuenta.

Puede también el tumor desarrollarse á expensas de uno de sus polos ó entre el polo superior y la cápsula suprarrenal. «Lobestheins».

Lo importante es que el riñón nunca se ha encontrado afectado en su función ni en su constitución; solo en un caso de mixolipoma, en el cual el riñón tenía un nódulo metastásico. «Huwe».

Otras veces, haciendo el riñón cuerpo con el tumor, se le encontró dislocado y en relación íntima con el del lado opuesto; caso de «Reinolds».

Lo mismo pasa con las relaciones entre el tumor y el uréter y de la cápsula suprarrenal.

e) *Con el hígado, bazo, páncreas y órganos torácicos.*— Con el hígado, ya sea comprimiéndolo hacia arriba ó formar parte íntima con la cápsula de Glisson. (Caso de Latouche).

Del lado izquierdo puede tener relaciones con el bazo, más ó menos íntimas, como en los casos de «Adami» y «Kumel»: adherencia en masa ó á su cápsula, que á la extirpación daban su desgarradura acompañada de abundante hemorragia.

Pueden adherirse estos tumores íntimamente al páncreas. (Jonsthone).

Las adherencias con la cara inferior del diafragma son muy raras.

Más frecuentes son las adherencias á los pilares del diafragma al nivel de su inserción vertebral.

En un caso de Chavaunaz, el tumor, atravesando el diafragma por un pedículo, se adhería al pulmón.

La aorta y la vena cava inferior pueden ser englobadas por el tumor, ó tener tales adherencias de ser en el curso de la extirpación, causas de desgarraduras de estos vasos, (Casos de Berard y Cavaillón).

f) *Con los órganos pelvianos.*—Estos tumores lipomatosos de la pelvis tienen sus relaciones más ó menos íntimas con el recto, vejiga, útero y aun con los paquetes arterio-venosos y nervios de la región crural en el triángulo de Scarpa. (Casos de «Proust, «Gerster» y «Mercadé)».

BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

CAPÍTULO VI

SINTOMATOLOGIA

Es casi siempre característica la falta de síntomas en estos tumores, hasta llegar á ser tan silenciosos, que los pacientes no acuden generalmente al médico hasta que el volumen del vientre les llama la atención ó cuando por el enorme tamaño causan perturbaciones mecánicas.

Comúnmente los enfermos adelgazan, y en muchas observaciones llegan á la caquexia.

Se atribuyó esta decadencia á la anorexia y á las alteraciones digestivas; pero en la mayoría de los casos faltan estos antecedentes, y es entonces probable que la neoplasia ha de causar la caquexia por acción general directa: «¿perturbaciones del metabolismo?», «¿acción tóxica?», »¿desviación y acaparamiento de materiales nutritivos?»

La típica facies ovárica ha sido constatada varias veces. Existen dolores en muchos casos en algún momento de la evolución; más á menudo son sensaciones de peso y tensión, y en muy raras veces son suficientemente fuertes para llevar al enfermo al médico.

Los síntomas del aparato digestivo son frecuentes; casi siempre parecen ser de orden mecánico y se producen con tumores grandes; suele haber anorexia, dispepsia, diarrea; más frecuente es la constipación pertinaz, vómitos, síntomas de oclusión á repetición. (Caso de Roux: Oclusión y muerte).

Lo que llama sobremanera la atención es la adaptación del aparato digestivo dislocado y rechazado y que, sin embargo, no sufre en la mayor parte de los casos alteracioues funcionales importantəs.

Los enormes tumores producen, á veces, compresiones vasculares de la vena cava, y así se tienen observados edemas de las piernas y más raramente edemas de la pared abdominal, vulva, vagina, escroto, ascitis, red venosa abdominal.

La disnea se ha constatado alguna vez: era intensa en un caso de Cooper-Foster: «tumor de 55 libras, bóveda diafragmática levantada hasta la 3.ª costilla».

En nuestro caso hubo cheyne-stokes terminal.

Las perturbaciones urinarias son muy raras: algunos casos daban frecuencia de micciones, ó dificultad para orinar y dolores. (Kay).

El aparato genital poco sufre y el embarazo ha sido posible.

Se han observado edemas vulgares y escrotales, retroflexiones uterinas que en general no se pueden relacionar á la presencia de los tumores, antiflexiones, prolapsos.

Los síntomas objetivos son más importantes: adelgazamiento, á menudo, facíes, ovárica, tumor abdominal.

El vientre tiene su forma redondeada, rara vez sobresaliente en los flancos, más ó menos prominente ó con saliencias limitadas, según las localizaciones del tumor. Los cambios de posición del enfermo no modifican el vientre en su forma.

La percusión es mate, carácter de mucha importancia, en casi todos los casos. La matitez puede ser completa ó haber bandas longitudinales, transversales, ó diagonales de timpanismo cólico.

EVOLUCIÓN

Al lado de los casos lentos: (Lejar, 18 años. Van der Veer, 15 años), hay otros de marcha muy rápida.

En general crecen bastante pronto, en varios meses, 1, 2, 3 años y aún más.

CAPÍTULO VII

MARCHA Y DIAGNÓSTICO

Estos tumores abandonados á sí mismos por su crecimiento progresivo, concluyen por causar accidentes mecánicos ó funcionales graves ó por traer la caquexia y la muerte.

El diagnóstico de esta clase de tumores, solo se ha hecho en rarísimos casos, en parte ó principalmente, porque es generalmente desconocida.

Unicamente lo han hecho Vautrin, Schiller; solo se ha diagnosticado cinco veces tumor retroperitoneal. Terrien lo sospechó una vez por haber ya visto. Josephson diagnosticó sarcoma retroperitoneal.

Puede decirse que la historia de esta afección, es una larga lista de errores diagnósticos con quistes ó tumores

del ovario. Embarazo, tumores renales, epiploicos, mesentéricos, diafragmáticos, peritonitis, bacilosa, etc.

Casos como el de Pean, en que un médico acaba de asegurar al enfermo que era grueso y no tenía ningún tumor, solo se explica por un exámen superficial ó insuficiente.

Los quistes del ovario, son la causa más frecuente de error, se distinguen por su crecimiento de abajo hacia arriba, la posición del intestino, el límite percutorio, la consistencia, el exámen bimanual, importante cuando hay invasión ó penetración pélvica del lipoma; puede ayudar la posición de Trendelemburg.

Con el embarazo, la evolución, el tiempo de amenorrea, la palpación, la auscultación fetal, evitarán este error diagnóstico.

La consistencia y fluctuación de los lipomas y la caquexia, explican que se hayan confundidos con peritionitis bacilosas especialmente en los niños.

Los tumores del riñón pueden eliminarse por falta de síntomas renales, hematurrias, dolores con irradiaciones típicas, etc. El examen del orina, el cateterismo uretral, la radioscopia, previa inyección de Electragol ó Colargol.

Los tumores del hígado y bazo por los caracteres de la palpación, bordes característicos, la movilidad respiratoria, ictericia, anemia, insuficiencia hepática, etc.

Los tumores epiploicos, diafragmáticos, viscerales, etc., por los signos clínicos conocidos.

Si los tumores son enormes y ocupan todo el abdomen, el diagnóstico es imposible, pero esto no es un inconveniente, porque de cualquier modo se impone la laparotomía.

PRONÓSTICO

El pronóstico de esta clase de afección es sin duda de los más desfavorables; ya hemos visto al tratar de sus síntomas, cual es el fin fatal de estos enfermos, cuando se dejan al desamparo de la intervención.

Como hemos visto, la oclusión intestinal aguda ó crónica, los traumatismos respiratorios y circulatorios, la enorme distención del abdomen y compresión torácica, la caquexia que es su consecuencia y agregando la mayoría de las veces la naturaleza maligna del tumor, dadas sus degeneraciones, dan término á los días de estos pobres enfermos, para lo cual solo nos queda la intervención quirúrgica como recurso curativo.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO

El único recurso que nos queda para el tratamiento curativo de esta afección, es la intervención quirúrgica.

Ya no debe sorprendernos el pesimismo antiguamente reinante; es decir, cuando estos tumores eran llamados *Lipomas nesentéricos* y que se temía la gangrena intestinal, por secciones del mesenterio, en la sección del tumor.

La estadística que trae Cocuzza de 86 casos intervenidos nos da, 84 curaciones sobre 22 casos de muerte.

Vale decir, un porcentaje de 74, 18 % de curaciones sobre una mortalidad de 26, 58 %.

Si bien es cierto que el porcentaje de muertos es pequeño, no deja de ser algo alarmante, dados los progresos de la cirujía abdominal en nuestros tiempos.

En los casos operados desde 1900 hasta 1910, trae una mortalidad de 19, 15 %.

Ahora bien, si pensamos en las condiciones generales pésimas en que se nos presentan éstos enfermos, al volúmen enorme del tumor, á la intervención difícil y cruenta, agravada algunas veces por estirpación de órganos de capital importancia como el riñón etc. Podemos decir tranquilamente y sin cargos de conciencia, que aún el 25 % de defunciones no sería muy elevado.

Se deben operar todos los casos de lipomas retroperitoneales? Cuando las condiciones del enfermo son tan pésimas, que el solo hecho de abrir el vientre, significara la muerte, es preferible dejar morir en paz al enfermo.

Tambien en los casos de lipomas retroperitoneales de enorme volúmen, sin degeneración maligna, pero que nos lleva al enfermo en estado caquectico, debe considerarse como tumor maligno inoperable; salvo estas advertencias todos los lipomas retroperitoneales deben sin titubear ser intervenidas quirúrgica y radicalmente.

OPERACIÓN

Las vias de acceso son: Laparotemia mediana ó lateral y Extirpación transperitoneal; via posterior extraperitoneal, como para el riñón. Nay, Neumann, Proust, Cocuzza ó extraperitoneal anterior baja Neupert.

Un caso de Garkisch, fué intervenido con Raquinovocainización.

La laparatomía mediana es la que más se ha hecho.

En los tumores laterales y posteriores, Cozuzza recomienda la via posterior.

En presencia del tumor, tres conductos son posibles seguir al cirujano; Extirpación, Delobulación, Fragmentación, «morcelement», siendo el primero el procedimiento de elección y los demás, de necesidad.

RECIDIVAS

Las recidivas en estos tumores no parece tan frecuente.

Hablan de casos recidivas Heinricius, en sus dos casos; Peyrot, Tillmann, Ulmann, Woecler, Hartmann, Hertaux.

En los casos de Heinricius y Woceler, hubo una segunda recidiva: en un caso de Woecler operado tres veces, tuvo una cuarta recidiva, de la cual murió poco tiempo después.

La recidiva se ha encontrado, ya sea en los casos de lipomas puros, como en los mixtos.

La causa más admisible de las recidivas, es que algunas partes pequeñas del tumor, que el cirujano no ve, y que dejadas en el abdomen, constituyen despues los núcleos de nuevos tumores.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN PERSONAL

Observación I

El 27 de Mayo de 1913 entro en la sala XII del Hospital Alvear, servicio del Dr. J. J. Picado, historia 585, una mujer adulta de unos 30 á 35 años, en coma, con hipotermia 36°, pulso imperceptible, por lo que se le hicieron inyecciones de cafeina. Los parientes afirmaron que últimamente en dos ocasiones, habíanla auxiliado en idéntico estado, y este había desaparecido completamente á los seis ú ocho dias, reanudando ella sus quehaceres de casa.

Se fueron sin proporcionar más datos, ni edad de la enferma, ni su domicilio, y no volvieron más. Por esta causa no pudimos conocer su historia clínica anterior.

La enferma estaba en decubito lateral, en gatillo, coma completo, pupilas medianamente anchas y reaccionando bien á la luz. Ritmo respiratorio típico de Cheyne-Stokes, con pausa largas.

No había rigidéz de nuca, no había Kernig, ni ninguno de los varios síntomas meningeos que buscamos.

Líquido cefalo-raquideo claro con albuminosis y linfocitosis normales, en dos exámenes.

Orinaba en cama y la ropa, al desteñir, la había manchado de azul. Un sondaje diario durante cuatro dias, daba cada vez 200 á 300 gramos de orina concentrada, sin álbumina, ni glucosa, ni ácido diacético, ni acetona, sedimento de uratos y escasas células epiteliales planas.

La enferma estaba muy emaciada, esquelética, su color era blanco mate, no había tinte caquectico, ningún edema en las piernas, cuerpo ó cara.

Llamaba la atención el vientre, saliente, poco globuloso, ancho en los flancos, completamente mate desde el pubis hasta el reborde costal, sin discontinuidad, lo mismo en decubito dorsal que lateral. En la palpación se apreciaba un contenido blando con una consistencia seudofluctuante homogenea, no había choque transperitoneal, cambiando la posición aumentaba el ancho de las partes declives, pero persistía la matitéz de todo el abdomen. Finalmente, después de cavilar bastante, se hicieron punciones que resultaron negativas.

Es curioso que después de la punción subiera la temperatura medio grado diario, hasta alcanzar 39°, 4 al

cuarto dia, bajó enseguida á 37-36 y así se mantuvo dos dias, al cabo de los cuales la enferma falleció.

Esta hipertermia es curiosa, porque en la autopsia no vimos rastros de infección, ni de hemorragia y no se veía el punto punzado.

Los pulmones eran sonoros y se oía murmullo vesicular.

Corazón normal, punta en cuarta costilla, tonos intensos. Pulso frecuente, 120, muy pequeño, regular é igual. El borde superior percutorio del hígado en la cuarta costilla, el inferior á un dedo por encima del reborde. Area de Traube, grande, libre. Bazo, difícilmente percutible.

Reflejos patelares y del puño muy débiles. Nada anómalo al tacto genital; útero en posición intermedia con alguna anteversión; fondos de saco libres; no se toca el tumor.

La enferma tuvo algunos vómitos biliosos, espumosos, fáciles y sin esfuerzo, raros y escasos. Defecó una vez en el lecho.

Murió sin diagnóstico el 2 de Junio y procedimos á una autopsia sumamente meticulosa. Encontramos:

Meníngeas lisas y brillantes. Exteriormente y al corte parecían normales; el cerebro «1.110 gramos», el cerebelo, el bulbo, la parte superior de la médula cervical, los ventrículos.

Hipófisis, tiroides y suprarrenales, macroscópicamente normales.

El diafragma muy levantado. Pulmones normales, pá-

lidos. El corazón, de tamaño y forma habitual, con endocardio, miocardio, pericardio y válvulas sanas.

No se tocan ganglios en la axila; hay pequeños en las ingles.

Abierto el vientre, observamos que el peritoneo parietal es liso, brillante y libre. Toda la cavidad estaba ocupada totalmente por grasa amarilla, lisa, que se extiende hasta el reborde desde el pubis, cubierta por el peritoneo visceral, liso y brillante.

Insinuando las manos alrededor de esa masa, se la separa libremente en los flancos; no está adherida; hay algunas pocas adherencias laxas en la parte superior, á la altura del reborde costal. La masa penetra algo en las pelvis, pero sin adherir.

El punto de implantación del tumor se extiende unos 5 centímetros por encima del promontorio, y un poco más abajo de éste, se separa muy fácilmente con tijera, extirpándose totalmente, quedando los gruesos vasos intactos y denudados; no se ven ganglios.

Dilacerando, vanse del tumor separando gruesos nódulos lipomatosos típicos, enucleables de la masa, amarillos, muy blandos.

En la zona posterior del tumor hallamos tres nódulos: uno como un huevo de gallina, el mayor como un huevo de avestruz, mucho más duros, blancos; no dan jugo raspando el corte, que es blanco, con partes muy vascularizadas rojas.

La masa lipomatosa pesa 5.920 gramos.

Separada la neoplasia, quedó completamente libre la cavidad; sólo se veía el recto y el colon íleo-pelviano con fragmentos fecales; por detrás y á la izquierda del tumor, todo el resto del intestino delgado y grueso, inclusive el ciego, las vísceras abdominales, todo estaba rechazado más allá del reborde costal.

Hígado rojo, algo congestionado; sólo pesa 880 gramos. El bazo está sano y pesa 135 gramos.

Los órganos genitales, útero, trompa, ovarios y la vejiga, no nos muestran particularidad digna de mención.

Los riñones también rechazados, normales exteriormente y al corte.

Los uréteres sin ninguna apariencia de compresión.

El tumor estaba situado debajo del punto de implantación del mesenterio, bien separado de la raíz de éste.

Páncreas, estómago, intestino, no tenían lesiones. El intestino completamente vacío, como intestino de pollo.

Al abrir el abdomen y ver la masa grasa, creimos que englobaba el intestino; por eso empezamos á dividirla *in situ;* pero al rato decidimos enuclearla, y solo entonces vimos que era independiente.

Cabe imaginar que en caso de laparotomía, un cirujano hubiera tenido análogas ó mayores dificultades para orientarse.

Histológicamente constatamos que la mayor parte del tumor era un lipoma puro; las masas duras blancas estaban constituídas por pequeñas masas lipomatosas, entrecruzadas por una red densa macro y microscópicamente,

de tejido fibromixomatoso, con predominio de lipoma y con caracteres puramente mixomatosos.

En muchos puntos y en el centro de las masas fibromixomatosas, numerosas células con infiltración grasa y pequeños núcleos lipomatosos microscópicos en progresión evidente.

En resumen: en la mayor parte lipoma puro, en otras un mixolipoma, y en puntos más raros un mixofibrolipoma.

Es interesante que, aun en los puntos más mixomatosos, hay una tendencia constante evidente á la transformación lipomatosa de numerosas células.

Observación II

LIPOMA DEL PERITONEO (M. Legrand)

La Presse Medical, n.º 6, pág. 64, 21 enero, 1914

Este tumor del peritoneo fué encontrado en una mujer de 65 años, que entró al hospital con los signos de una hernia estrangulada inguinal, después de tres días.

Ella sucumbe poco tiempo después de la operación que se le hizo. A la autopsia, el intestino delgado ofrece, sobre una extensión de 8 centímetros, los vestigios de la estrangulación que ha sufrido. No hay ni perforaciones ni peritonitis.

Entre la vejiga, por un lado, y el útero y sus anexos, por otro, se encuentra desarrollado, hacia la cavidad peritoneal, un tumor formado á expensas del peritoneo y del tejido celular subyacente.

Como se encuentra aplanado de adelante hacia atrás, con su eje mayor transversal, divide en dos el fondo de saco útero-vesical.

No es adherente á los órganos vecinos y su parte supe-

rior está libre. Es blando, de tinte amarillorojizo, á superficie lisa, delgado y transparente. Forma varios lóbulos reunidos á un pedículo común y ancho. Mide 12 centímetros de largo por 9 de alto y 3 de espesor. Si se incinde un lóbulo, se ve que está formado por un tejido blando, amarillo, con estructura indistinta y que en su parte media existe una cavidad.

Observación III

Dr. Ebner. *(Beitrage zur Klinischen Chirurgie)*, tomo XXVI. Agosto 1913, página 186.

Mujer de 48 años, casada, rusa. Fué siempre sana, nunca se quejó de perturbaciones abdominales, fuera de una muy marcada y progresiva á la constipación; tuvo 9 hijos, el último hace 3 años. Solo 10 días antes de su ingreso al hospital, se quejó de dolores en la fosa ilíaca derecha; dice haber tenido temperatura en el comienzo de sus dolores. Calmáronse estos dolores por medio de dieta y purgantes.

Abdomen.—Piel laxa, poca tensión; se nota claramente á la inspección un tumor del tamaño de un puño, bien delimitado, poco móvil, percusión mate, no doloroso, redondeado, superficie ondulada, consistencia aparentemente dura.

Examen genital nada de anormal.

Operación.—Bajo anestesia etero-clorofórmica se incinde el abdomen paralelamente al borde externo del gran recto; abierto el vientre se nota un tumor del tamaño de una manzana completamente adherido al ciego; estas adherencias eran de fácil debridación. El apéndice hacía cuerpo con el tumor.

Se extirpa el tumor con el ciego y una parte del colon descendente y 25 centímetros del íleo, efectuando una anastomosis lateral entre el colon y el íleum. Se cierra la pared previo drenaje.

Estado post-operatorio.—Sin ninguna perturbación 3 semanas y media después es dada de alta sana. El tumor resultó ser un lipoma puro.

Observación IV

Vegensack y von Bruns, 1910. Mujer, 57 años. Lipoma retroperitoneal, tamaño cabeza de un adulto. Extirpación transperitoneal del tumor y riñón por su pediculación. Curada.

Observación V

Percheron, 1899. Diagnosticóse quiste del ovario multilocular. Resultó un lipoma retroperitoneal de 10 kgrs., colocado entre la vejiga y el ansa íleo pélvica. Curada.

Observación VI

Valsalva in Morgagni, 1779. *(De Sed. et acus. morborum,* tomo II, pág. 317).

Mujer, 63 años, muerta por caquexia.

Autopsia.—Voluminoso tumor retroperitoneal adherente á la cápsula adiposa del riñón derecho. El colon está tan adherido al tumor que es imposible separarlo sin desgarrarlo. Macroscópicamente, mixolipoma.

Observación VII

Neyer, 1831. *(Inaugur. dessert. de Leipzig).*

Extirpación de un lipoma de 25 kgrs., se deja una parte que no se puede levantar. Histológicamente, lipoma puro.

Observación VIII

Broca, 1850. *(Bulletin de la Soc. Anat. de Paris,* pág. 137).

Viejo de 65 años. Tumor encontrado en la autopsia ocupando la fosa ilíaca izquierda y llenando la mitad inferior del abdomen. Histológicamente, lipoma puro de 15 kgrs.

Observación IX

Moynier, 1850. (*Société de Biologie*, pág. 139).

Mujer, 47 años, muerta por peritonitis por perforación.

Autopsia.—Tumor retroperitoneal recubierto por el colon descendente y recubriendo el riñón izquierdo al cual adhiere por un pedículo al nivel del íleo. Lipoma puro.

Observación X

Spencer Wells, 1868. (*Trans. of London Patolog. Society*, volumen XIX, pág. 233).

Mujer, 43 años, comienzo desde hace 7 años; operada el 5, XI, 1867.

Hablación de gruesas masas grasosas, después de la sección de una cápsula de tejido celular laxo; muerta 58 horas después de operada.

Autopsia.—Peritonitis. La masa grasosa dejada á la derecha envolvía el riñón, empujaba á la izquierda el colon y adhería al hígado. Tumor sacado de 10 kgrs. y la parte dejada 6 kgrs.

Observación XI

Cooper-Foster, 1868. (*Transact. of the Patolog. Society of London*, vol. XLX, pág. 246).

Mujer, 63 años. Comienzo hace 5 años. Tratada por

punciones repetidas y negativas, muere al cabo de 6 días.

Autopsia.—Tumor retroperitoneal adherente á la cara inferior del diafragma, cruzado por delante por el colon ascendente. Histológicamente, fibrolipoma.

Observación XII

Pick, 1869. (*Transact. of the pathol. Society of London*, tomo XX, pág. 337).

Hombre, 36 años, muerto nueve meses después de la operación del tumor.

Autopsia.—Enorme tumor retroperitoneal llenando todo el abdomen, elevándose hacia arriba hasta la cuarta costilla y cayendo hacia abajo en la pequeña pelvis.

Peso, 25 libras. Constituido por tejido adiposo con una cápsula conjuntiva.

Observación XIII

Cauvy, 1874. (*Montpellier medical*, t. XXXLI, Febrero, n.º 2, pág. 97).

Hombre, 54 años, en plena caquexia.

Punciones repetidas y sin resultado. El enfermo muere consecutivamente de infección por esfacele del tumor.

Observación XIV

Pean, 1880. (*Diagnóstico y tratamiento de los tumores del abdomen*, París, t. I, pág. 1129).

Mujer, 60 años. Operada en Mayo 1876. Tumor retroperitoneal insertado á lo largo de la región derecha lumbar. Incisión del peritoneo posterior. Sección y ligadura de numerosos vasos de la superficie del tumor. Extirpación por morcellement. Muerta al segundo día con diarrea y síntomas de intoxicación coleriforme. Tumor de 12 kgrs.

Observación XV

Pean T., (*Loco citato*).

Mujer, 63 años.

Operación.—Extirpación por morcellement de un tumor retroperitoneal, fijado á las hojas del mesenterio y adosado á la pared abdominal. Muerta al cuarto día por extenuación. Peso 20 kgrs.

Observación XVI

Bruntzel, 1882. (*Berlin Klin. Woch*, p. 745).

Mujer, 38 años. Comienzo hace cinco años.

Operación, Julio 1 de 1882.—Incisión desde el apéndice xifoide hasta el pubis. Tumor retroperitoneal cru-

zado en su cara anterior por el colon ascendente aplanado. Punción negativa. Incisión del peritoneo posterior. Extracción del tumor y sección previa ligadura de un pedículo que lo retenía. Sólo entonces apercíbese que el riñón izquierdo estaba comprendido en el tumor. Invaginación del uréter; drenaje.

Curación con fístula estercoral que persiste 5 meses después de operada.

Histológicamente: fibroma de «18,500 kgrs.», naciendo en la cápsula adiposa del riñón y encerrando gruesas masas de tejido adiposo.

Observación XVII

Homans, 1883. (*Boston med. and surgic. Journal*, volumen CVIII, n.º 11, 8 Marzo, p. 241).

Hombre, 39 años.

Operación.—Primera laparotomía exploratriz, en Octubre de 1881. Cierre de la pared abdominal sin extirpación. A pedido del enfermo, segunda laparotomía en Febrero de 1882. Extirpación de dos tumores retroperitoneales. Un tercer tumor posando sobre la aorta. Muerto en la noche del día de la intervención.

Autopsia.—El colon privado de su mesenterio flota como una cuerda en el abdomen. Se constata la presencia de dos lipomas más. Peso total de los tumores «27,260 kgrs.»

Observación XVIII

Homans, 1883. *Loco citato.*

Mujer, 60 años.

Operación, Marzo 1882.—Extirpación determinando una fuerte hemorragia. La operación terminada, muere la enferma. Lipoma puro de 35 libras.

Observación XIX

Koefoet, 1887. (*Centralbl. f. Chir.*, nº 36, p. 677).

Mujer, 20 años. Laparotomía explorativa. Extirpación imposible. Cierre del abdomen. Curación.

Observación XX

Billroth, in Salzer, 1888. (*Wien Klin. Woch.*, n.º 9, p. 221).

Hombre, 40 años. Comienzo hace 18 meses de un tumor que se tomó por un quiste hidatídico.

Operación, 7 de Mayo 1888.—Tumor retroperitoneal. Extirpación por morcellemen. El riñón se encontró englobado en el tumor.

Nefrectomía. El psoas iliaco, el bazo, la cola del páncreas son sucesivamente puestos al descubierto. Se ve obligado á ligar la arteria esplénica para asegurar la hemostasia. Muerte por shock la noche siguiente. Tumor de 29 kgr.

Histológicamente mixo-lipoma.

Observación XXI

Von Eiselsberg, 1890. (*Wien Klin. Wocheschr.*, n.º 23, p. 438).

Mujer, 70 años. Desarrollo lento de un tumor abdominal tomado por neoplasma del ovario.

Operación, Octubre de 1889.—Tumor retroperitoneal ligeramente adherente á un paquete de ansas delgadas que se debridan.

Después de incindir la hoja serosa posterior, se ve el tumor formado por dos masas adosadas entre sí y el riñón normal, pero este último tiene su gran eje horizontal y el íleo posterior.

Hablación del tumor y del riñón en un solo block. Marsupialización. Drenaje. Curación. Fibro-lipoma de 4 kilogramos.

Observación XXII

Heurtaux, 1893. (*Archives provinc. de Chirur.*, t. II, p. 164.)

Hombre, 60 años. Operado en 1892. Hablación sin incidente. Curación. Lipo-mixoma de 6 kgr. 50.

Observación XXIII

Fritsch, in Horn. (*Inaugural Dissertación*, p. 13, año 1894).

Mujer, 53 años.

Operación.—Enucleación incompleta de un tumor retroperitoneal. Peritonización perfecta. Cierre sin drenaje. Curación. Recidiva al cabo de cinco meses. Ocho meses después de la primera intervención, una nueva laparotomía exploratriz demuestra que el tumor era inoperable.

La parte sacada resultó ser un lipo-mixoma de 7.700 kilogramos.

Observación XXIV

Adami, 1897. (*Montreal Medical Journal*, p. 529).

Hombre. 60 años. Tumor encontrado en la autopsia, rechazando hacia arriba la masa intestinal y el hígado, englobando parcialmente el riñón izquierdo.

Histológicamente: Tejido adiposo en un estroma abundante de tejido conjuntivo embrionario.

Observación XXV

RETROPERITONEAL LIPOMATA (Gerster)

Anales of Surgery, t. XXVII, p. 657. Mayo de 1898

Mujer, 57 años. Operada algunos meses antes, de un lipoma del muslo derecho, que se continuaba por una prolongación pasando debajo de la arcada de Falopio

con una gran masa abdominal. Dado el estado de la enferma, sólo se le extirpó entonces la porción femoral muy adherida á los vasos femorales. Después de la intervención, dolores en la rodilla y una ancha placa de anestesia sobre la cara anterior del muslo.

Operación, Noviembre de 1897.—Incisión y de la ligadura de la arteria iliaca primitiva. Se encuentra un tumor retroperitoneal que enuclean sub-peritonealmente. Obligación de seccionar y ligar las gruesas venas de reclinar el nervio crural, y para tomar el pediculo, prolongar la incisión abdominal hasta la raíz del muslo. Resección de la arteria femoral profunda y de la vena safena interna. Curación.

Fibro-lipoma.

Observación XXVI

Dalziel, 1898. (*The Glascow, med. Journal,* volumen XLIX, p. 372).

Niño de 8 años. Comienzo á la edad de 2 años.

Operación, 27 Diciembre 1897.—Apenas incindido el vientre, el niño muere por síncope. Tumor retroperitoneal, extendiéndose desde el sacro al diafragma, adherente á la columna vertebral.

Lipoma puro.

Observación XXVII

Gussenbauer, in Pupovac, 1899. (*Wien. med. Woch.* n.º 3, p. 48).

Mujer, 54 años. Comienzo hace 7 años.

Operación, Enero 1898.—Laparotomía lateral. Colon ascendente rechazado á la izquierda por el tumor. Enucleación fácil con nefrectomía. Curación.

Fibro-lipoma calcificado por placas, 7,200 kgs.

Observación XXVIII

Fraikin, 1899. (*Revue mens. d'Obst. de Gynéc. et de Péd de Bordeaux*, p. 188).

Mujer, 34 años. Operación: Noviembre 1898.

Tumor retroperitoneal adherente á la parte inferior del riñón.

Extirpación y nefrectomía. Curación.

Histológicamente. Fibro-lipoma. Riñón normal.

Observación XXIX

Latouche, 1900. (*Bull. et Méd. Soc. de Chir. de Paris*), pág. 889.

Mujer. 53 años. Comienzo hace 6 meses. Desarrollo rápido con trastornos digestivos y respiratorios.

Opèración, Junio 1900.—Laparotomía mediana xifo-pubiana.

Tumor retroperitoneal con fuertes adherencias hepáticas, trayendo una desgarradura de la cápsula seguida de hemorragia en napa, necesitando taponamiento. Adhe-

rencias del tumor con el raquis. Curación. Lipoma puro 6.500 kilógramos.

Observaóión XXX

König, 1900. *(Centralbl. f. Chirurgie)*, pág. 826.

Hombre, 44 años. Comienzo, hace año y medio.

Operación: Laparotomia.—Tumor retroperitoneal, con punto de partida pelviano.

Extirpación laboriosa: tres horas.

Muerto al sexto día.

Lipoma de 11 kilógramos, implantado al nivel del fondo de saco de Douglas.

Observación XXXI

Chavannaz, 1900. *(Rev. mens. de Gynecol. Obstetr. et Pediatrie de Burdeaux)*, pág. 57.

Mujer, 50 años. Operación, Octubre 1889. Tumor retroperitoneal inoperable, á causa de sus conexiones con los grandes vasos y el páncreas. Se practica el *morcellement*, pero debe abandonarse la intervención á causa del estado de la enferma. Drenaje.

Muerte por peritonitis al cabo de 24 horas.

Autopsia.—La parte del tumor no sacada, adhiere á la columna vertebral y se prolonga al través de una brecha diafragmática hasta el tórax, poniéndose en contacto con el pulmón. Otra prolongación menos importante atravie-

sa el orificio aórtico y penetra en el mediastino posterior.

Histológicamente: Fibro-lipoma.

Observación XXXII

May in Bork, 1901. (*Archiv. f. Klin. Chir.*). tomo LXIII pág. 936.

Niña, 1 año, diagnostícase tumor renal.

Operación.—Incisión lumbar de Bergman. Tumor lipomatoso extraida sin lesionar el peritoneo y sin nefrectomía.

Curación.

Lipoma puro.

Observación XXXIII

Von Kubinyt, 1903. (*Budapesti Kir. orvoseggyesulet*). 2 Mayo, pág. 145.

Mujer, 41 años.

Operación.—Grueso lipoma ocupando la pelvis y desdoblando el ligamento ancho.

Peso 11 kilógramos.

Observación XXXIV

Mercadé, 1904. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de París*, n.º 9, p. 735).

Hombre, 68 años. Síntomas de oclusión intestinal desde hace varios días.

Operación.— 14-IX-1904. —Efectúase un ano contra natura, ilíaco izquierdo.

Muere un mes después por embolia pulmonar.

Autopsia.—Lipoma retroperitoneal, reposando sobre el ciego y el apéndice y descendiendo hasta el anillo crural.

Histológicamente: lipoma puro.

Observación XXXV

Neumann, 1905. (*Wien. Klin. Wochenscr.*, n.º 27, página 742).

Niño, 3 años.

Operación.—Laparotomía mediana exploratriz. Constátase un tumor retroperitoneal. Se cierra la incisión abdominal y se practica una lumbar izquierda. Enucleación de un enorme lipoma.

El peritoneo es desgarrado en parte y el colon descendente completamente privado de sus vasos. Se reseca el colon descendente y se practica una anastomosis del colon transverso con la S ilíaca.

Cierre del peritoneo, previa extraperitonización de la anastomosis intestinal.

Peso del lipoma: 7 libras. Curación.

Observación XXXVI

Reynolds y Wadsworth, 1906. (*Annales of Sugery*, volumen XLIV, p. 60).

Mujer, 38 años.

Operación.—Noviembre, 1905.—Laparotomía lateral izquierda.

El colon descendente cruza la cara anterior del tumor. Enucleación lóbulo por lóbulo. Adherencias con los dos riñones, el bazo y la aorta.

Drenaje abdominal. Curación.

Peso del lipoma: 7.500 gramos.

Observación XXXVII

Bérard y Cavaillon, 1907. (*Lyon Médical*, 6 Enero, pág. 25).

Mujer, 60 años.

Operación.—Octubre, 1906.—Tumor retroperitoneal con punto de partida prevertebral. Enucleación y decorticación progresiva; en el transcurso de la intervención se corta una colateral de la aorta en su nacimiento; ligadura lateral en saco de la aorta en dos planos. Peritonización completa. Curación.

Lipo-mixo-fibroma quístico de 12 kilogramos.

Observación XXXVIII

Proust. 1908. *(Rev. de Chir. et de Gynéc. abd.*. Enero-Febrero. p. 98).

Mujer. 32 años, operada en Agosto de 1905.

Laparotomía lateral en la fosa ilíaca derecha, permitiendo llegar sobre el tumor sin abrir el peritoneo. Adherencias del tumor con el nervio crural que se halla incluido en el espesor de la cápsula del lipoma, y que se hiere en el transcurso de la intervención.

Curación, con parálisis sensitiva y motriz grave del nervio crural.

Histológicamente: lipo-mixoma de 670 gramos.

Observación XXXIX

Woeckler. 1909. *(Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie)*, Marzo 1909, pág. 149.

Hombre, 50 años.

Operación.—Septiembre 1906, por Hobbs.—Extirpación por morcellement de un lipoma retroperitoneal. Adherencias con el riñón derecho. Aíslase el ureter en una extensión de 15 centímetros.

Taponamiento y marsupialización. A los 13 dias, fístula urinaria debida probablemente á una necrosis parcial del ureter. A fines de Diciembre, la fístula ha curado y el enfermo es dado de alta. Lipo-fibroma de 8 kilógramos.

Recidiva un año y medio después. Operado por Woe-

ckler: enucleación de varias masas lipomatosas. Curación con fístula del colon.

Observación XXXX

Hérisson. *(Les Lipomes Rétropéritonéaux)* Tesis de París, 1909.

Mujer, 40 años. Hace dos años que el vientre aumenta de volúmen, mucho después estreñimiento, caquéctica, cara emaciada, tinte terroso, fascie ovárica típica, enorme saliencia del vientre, de pubis á reborde, blanda, dando netamente la sensación de ola. Mate, salvo una pequeña zona encima del ombligo.

Diagnosticose quiste del ovario. Laparotomía, enorme tumor cruzado diagonalmente por el colon descendente. Se extrae en tres pedazos de 5 kilógrs. 250, 750 gramos y 20 kilógrs. respectivamente.

Muerte por escara sacra.

Hay zonas de lipoma y zonas gelatinosas de mixoma. En algunos puntos las células adiposas se funden en masas plasmodiales, hay hipertrofia de las células fijas, modificaciones vasculares, aporte de células migratrices, precipitados de fibrina. Cree Herisson que esas lesiones indican la naturaleza inflamatoria del tumor.

MIGUEL C. CODA

Marzo 18, 1914.

Buenos Aires, Marzo 18 de 1914

Nómbrase al señor Académico Dr. Daniel Cranwell; al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Pedro Chutro; para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 15 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2761 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

EDUARDO OBEJERO
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Patogenia de los lipomas retroperitoneales.

Cranwell.

II

Qué precauciones se deben tomar para enuclear los lipomas del mesenterio?

Avelino Gutiérrez.

III

Vías á seguir para abordar los lipomas retroperitoneales.

Pedro Chutro.

BIBLIOGRAFÍA

Cocuzza V.—Clinica Chirurgica, tomo II. página 1357. 1910. (109 casos, 104 con resumen de su historia).

Ebner.—Beiträge zur Klin. Chirurgie. Tomo XXVI. Agosto 1913, página 186.

Heinricius.—Deutsche Zeitschr. f. Chir. LVI, página 579. 1900. (37 resúmenes de casos).

Herisson.—Tesis de Paris. 1908. (88 casos).

Legrand M.—La Presse Medical, N.º 6, página 64. 21 Enero 1914.

Proust y Treves.—Revue de Ginecologie et de Chirurgie abdominale, página 97, Enero 1908, (resumen de 89 casos.

Terrillon.—Archives générales de medicine, página 260. 1886 (con 14 casos).

Vegesasck H.—Beiträge zur Klin Chirurgie, LXIX, página 578. 1910, (con 109 casos).

30664